FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Michel GODARD**

Lauréat de la Faculté libre de Médecine de Lille (1911)

# LE TRAITEMENT

DE LA

# Péritonite tuberculeuse à l'Hôpital

## RÉSULTATS OBTENUS PAR L'HÉLIOTHÉRAPIE

*Président :* M. HUTINEL, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

## PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNEO |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BEZANÇON |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et Thérapeutique générales | N... |
| Pathologie médicale | VAQUEZ |
| Pathologie chirurgicale | GOSSET |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | DUVAL |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | P. CARNOT |
| Hygiène | Léon BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance | MARFAN |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | Pierre MARIE |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR, COUVELAIRE, N. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile | BROCA |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |
| Clinique oto-rhino-laryngologie | SEBILEAU |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BRANCA | LABBE (H.) | MOCQUOT | ROUVIERE |
| CAMUS | LAIGNEL-LAVASTINE | MULON | SCHWARTZ(A.) |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBECOURT | SICARD |
| CHAMPY | LECENE | OKINCZYC | TANON |
| CHEVASSU | LEMIERRE | OMBREDANNE | TERRIEN |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | TIFFENEAU |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETTERER | VILLARET |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RIBIERRE | ZIMMERN |
| GUENIOT | LERI | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
A MA MÈRE

*Hommage de filiale affection et de profonde reconnaissance.*

A MA FEMME

*Témoignage de toute notre affection.*

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HUTINEL

Professeur de Clinique infantile
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LILLE

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Professeur agrégé NOBÉCOURT

*Qui, en dehors de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli, a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail.*

A Monsieur le Docteur BARBIER
Médecin de l'Hôpital Hérold

*A qui nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre reconnaissance pour les documents qu'il nous a permis de prendre dans son service.*

# LE TRAITEMENT

DE LA

# Péritonite tuberculeuse à l'Hôpital

RÉSULTATS OBTENUS PAR L'HÉLIOTHÉRAPIE

## INTRODUCTION

Chomel et Grisolle furent les premiers à étudier la péritonite tuberculeuse au point de vue clinique.

Ils ne virent que les formes graves de la maladie et méconnurent les formes bénignes, représentées par la forme ascitique que Wolf décrivit en 1828 comme « une forme particulière de l'hydropysie ascite chez les enfants. »

Aussi ne faut-il pas s'étonner si cette maladie leur apparut comme une affection redoutable, dont le pronostic est toujours fatal! Le traitement qu'ils proposent est purement médical et se résume dans cette phrase de Grisolle : « combattre l'infection en soutenant l'organisme ».

Ce dogme de l'incurabilité de la péritonite tuberculeuse régna pendant de nombreuses années!

Il faut arriver aux travaux de Kœnig en 1884 pour

constater un changement dans les idées. Ce chirurgien en pratiquant la première laparotomie raisonnée inaugura l'ère chirurgicale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Il marqua du même coup une amélioration considérable dans les résultats obtenus et par conséquent dans le pronostic. Aussi pendant une période de dix ans la thérapeutique chirurgicale apparut-elle comme la thérapeutique de choix !

A la suite des travaux de Grancher sur le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose, une réaction se produisit contre la tendance interventionniste, qui avait envahi tous les esprits. Au traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, on substitua un traitement purement médical, hygiénique et diététique, dans lequel la cure de repos, la cure d'air, la suralimentation tiennent la première place.

Depuis lors et plus particulièrement dans ces dernières années, on a été amené à compléter ce premier traitement hygiénique et diététique par de nouvelles médications telles que la cure marine, la cure d'altitude, la cure solaire.

Les résultats obtenus ont confirmé la valeur de cette méthode thérapeutique, et à l'heure actuelle on peut dire que la péritonite tuberculeuse chronique nous apparaît comme l'une des manifestations les plus bénignes, les plus curables aussi de la tuberculose, à la condition qu'elle soit primitive et ne se complique pas de localisation viscérale ou organique.

Nous ne sommes plus comme à l'époque de Gri-

solle, désarmés et réduits à lutter contre une infection dont l'issue fatale est connue d'avance !

Malheureusement une réserve s'impose : La péritonite tuberculeuse, qui guérit ainsi par le traitement moderne, au point d'apparaître comme l'une des manifestations les moins redoutables de la tuberculose, comporte la mise en œuvre de médications, qui ne sont pas à la portée de tout le monde. Le nombre des malades susceptibles d'être envoyés à la mer ou à la montagne est infime en comparaison de la masse grandissante des déshérités, qui doivent subir leur maladie à l'hôpital !

Il y a donc lieu d'envisager le traitement de cette affection, non seulement dans les conditions idéales, que réalisent la cure marine ou la cure d'altitude, mais encore dans les conditions beaucoup moins favorables des grandes villes et du milieu hospitalier.

Telle est la question que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse.

Après avoir passé en revue les différents traitements qui ont été proposés et peuvent être utilisés suivant les circonstances, nous insisterons plus particulièrement sur le traitement héliothérapique et sur les heureux résultats qu'on peut en attendre, quand on l'utilise méthodiquement.

## CHAPITRE PREMIER

### Le traitement hygiénique et diététique de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital

---

Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible de donner de règles absolues et précises pour le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Nous n'avons pas de médication spécifique à notre disposition, et nous serions absolument désarmés en présence de cette manifestation microbienne si la nature elle-même, par le jeu de ses propres ressources, ne nous offrait un moyen de guérison. L'homme jouit en effet d'une heureuse tendance à s'immuniser contre le bacille de Koch ; la présence du microbe dans l'organisme entraîne l'élaboration de processus de défense, qui aboutissent à sa destruction.

C'est pourquoi, à défaut d'une action directe sur la maladie et sa cause microbienne, nous pouvons du moins servir utilement le malade en plaçant son organisme dans les meilleures conditions possibles de défense et en l'aidant dans sa lutte contre l'infection.

Le traitement moderne de la péritonite tuberculeuse, essentiellement hygiénique et diététique avec sa cure marine et sa cure solaire, n'a pas d'autre but. Et s'il a donné de si bons résultats, ne les doit-il pas vraisemblablement à la conformité de son action au but poursuivi.

Voilà la raison aussi pour laquelle la première préoccupation du médecin, qui soigne une péritonite tuberculeuse à l'hôpital, sera de fournir à son malade toutes les ressources de l'hygiène et de la diététique compatibles avec le milieu hospitalier.

Le traitement hygiénique et diététique, appliqué dans de telles conditions, sera nécessairement incomplet et restreint; il sera de plus imparfait, du fait de son utilisation à l'hôpital, que l'expérience et la clinique s'accordent à reconnaître peu propice au tuberculeux.

Ces restrictions et ces imperfections, si elles diminuent les chances de succès, n'enlèvent cependant pas toute sa valeur à la méthode. On ne manquera donc jamais d'y recourir pour le plus grand bénéfice des malades.

La cure d'air, — la cure de repos, — l'alimentation raisonnée, — la médication réparatrice ont fait leurs preuves, et à ce titre sont couramment employées.

1° *Cure de repos.* — Le malade atteint de péritonite tuberculeuse doit être mis au repos, dont il a besoin pour « ménager ses forces, limiter ses dépenses et augmenter ses gains » (Nobécourt), et aussi parce

que au début le ventre est ballonné et douloureux. On prescrira un repos complet, physique, intellectuel et moral.

2° *Cure d'air.* — Cette cure de repos aura pour corollaire la cure d'air, qui ne saurait être négligée, même à l'hôpital.

Le malade pratiquera cette cure d'air, autant que possible, suivant la méthode habituelle de l'aération continue. La nuit, il dormira la fenêtre ouverte, entr'ouverte ou fermée, suivant la saison et l'état local de l'atmosphère, suivant aussi sa susceptibilité particulière. Le jour, il sera installé sous une véranda, sous une tente, étendu sur une chaise longue, bien abrité du vent et des intempéries. On trouve à ce point de vue dans beaucoup d'hôpitaux des installations toutes préparées.

Rien n'est d'ailleurs plus facile que d'en improviser et d'utiliser au mieux des circonstances la disposition des lieux !

Une douce progression présidera à l'établissement de la cure. On surveillera attentivement les réactions du malade. Les fébricitants, les enfants très anémiés ou cachectiques garderont tout d'abord la chambre, dont les fenêtres seront ouvertes ; on ne les exposera dehors que quelques heures pour commencer, se réservant à plus tard la faculté de les y laisser tout le jour.

3° *Hygiène du corps.* — La cure de repos et la cure d'air seront utilement complétées par l'observance des règles d'hygiène corporelle. Pour lutter

contre les troubles vaso-moteurs de la peau si fréquents chez les tuberculeux, on recherchera l'endurcissement de l'organisme par des frictions sèches, puis alcoolisées du gant de crin, qui seront suivies plus tard de douches tièdes, puis froides.

4° *L'alimentation.* — Le médecin se préoccupera de fournir à son malade une alimentation abondante, qui aura pour but d'augmenter les apports, et de fournir à l'organisme, en plus de la ration d'entretien pour l'adulte, et d'une ration de croissance pour l'enfant, une ration de guérison!

Cette alimentation sera nécessairement subordonnée à l'état du tube digestif, fréquemment touché dans la péritonite tuberculeuse. Elle ne devra pas aller jusqu'à la suralimentation, qui produirait fatalement à la longue des troubles dyspeptiques désastreux !

Comme aliments de supplément, on pourra donner : Le lait sous toutes ses formes, — le beurre sous forme de tartines beurrées au repas, la crème fraîche et les fromages mous !

Les œufs.

La viande crue ou peu cuite de mouton ou de cheval pulpée, à prendre dans du bouillon chaud ou mélangée à des purées de légume.

Les féculents en purée (châtaignes, pommes de terre...) et les bouillies farineuses.

5° *Médication réparatrice.* — Cette alimentation raisonnée rendra certainement plus de services au

malade que la plupart des médicaments, qui sont couramment employés dans la circonstance.

On pourra donner l'arsenic comme dans toutes les périodes larvées de la tuberculose, à condition qu'il n'y ait pas de fièvre. Toutefois, il y aura lieu de surveiller le malade dans le cours de cette médication ; en raison de l'ascite, le foie est gros et congestionné ; il risque d'être insuffisant. Si on n'y prend garde, le médicament sera mal éliminé !

Plus anodine, mais non moins utile sera la méthode de récalcification de Ferrier, qui consiste à faire prendre au malade des sels de chaux sous la forme de phosphate et de carbonate de chaux, ou de toute autre préparation.

Les préparations iodées (sirop iodotannique, peptone iodée), l'huile de foie de morue) rendront aussi des services.

Telles sont brièvement résumées les diverses médications hygiéniques et diététiques et médicamenteuses qui peuvent être mises en œuvre à l'hôpital pour le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Le désir d'utiliser ce traitement hygiénique et diététique avec le maximum de succès a conduit certains médecins à en poursuivre l'application méthodique dans des installations hospitalières, qui sont connues sous le nom de sanatorium-hôpitaux. Des efforts de ce genre ont été tentés par le Dr Brunon, à Rouen ; par M. le professeur Hutinel jadis aux Enfants assistés ; par le Dr Barbier, à l'hôpital Hérold.

Le sanatorium de l'hôpital Hérold est sans contredit le modèle du genre.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire, à la fin de cet exposé, que de donner en exemple l'installation réalisée à l'hôpital Hérold.

Les premiers essais du Dr Barbier remontent à 1902. Les débuts furent modestes ; toute l'installation se résuma en quelques chaises longues placées à l'abri d'un bâtiment, sur une terrasse qui dominait toute la région et d'où la vue s'étendait très loin dans la direction de Pantin.

Ultérieurement on aménagea des tentes, ce qui permit de pratiquer une cure d'air continue, au moins pendant une longue période de l'année.

A l'heure actuelle, dans les nouveaux pavillons, qui ont remplacé les anciens baraquements, il existe, au moins pour les filles, à l'extrémité du bâtiment, un grand hall éclairé par de larges baies, dans lequel les enfants peuvent subir leur cure d'air l'hiver.

Le régime a toujours été et reste celui de l'hôpital, auquel on ajoute un supplément composé d'œufs, de jus de viande ou de viande crue.

Comme médicaments, on donne aux malades du sirop iodotannique, de l'huile de foie de morue, de l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, qui est administrée dans du lait.

Pour favoriser l'endurcissement de l'organisme, des frictions alcoolisées sont pratiquées chaque jour.

Depuis quelques années, le Dr Barbier utilise en

plus de la cure d'air le traitement héliothérapique. C'est la seule amélioration qu'il ait apportée à sa méthode.

En général les résultats ont été favorables : Garban en 1910 nous a présenté dans sa thèse une statistique, qui porte sur les années comprises entre 1902 et 1909. Pendant cette période 22 malades atteints de péritonite tuberculeuse sont passés dans le service. Les résultats se décomposent comme il suit :

4 sont sortis après guérison.
8 sont sortis très améliorés.
7 sont sortis sans amélioration.
3 sont décédés.

Grâce à la bienveillance de M. Barbier, qui a bien voulu nous autoriser à faire des recherches dans les archives de son service, nous avons pu poursuivre la statistique de Garban pour les années postérieures à 1909. Nous avons enregistré les résultats suivants :

Sur 15 malades soignés exclusivement par la cure d'air, et qui ont fait au moins un séjour de trois mois à l'hôpital Hérold :

4 sont sortis après guérison.
6 sont sortis très améliorés.
3 sont sortis sans amélioration.
2 sont décédés.

Il n'est pas dans notre pensée de dire que la cure de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital par le traitement hygiénique et diététique fasse des merveilles !... Nous avons déjà fait allusion aux incon-

vénients de l'hôpital pour le tuberculeux, et à l'état d'infériorité, qui en résulte au point de vue thérapeutique. Rien ne peut remplacer la campagne, la montagne, la mer !

Nous avons seulement voulu montrer, en nous appuyant sur des faits précis que le traitement de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital par la cure d'air, l'hygiène et un régime convenable, peut rendre de gros services et qu'il doit à ce titre servir de base aux autres traitements susceptibles d'être mis en œuvre.

## CHAPITRE II

### Les autres ressources thérapeutiques du médecin pour le traitement de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital.

---

Il existe en effet d'autres ressources thérapeutiques, dont l'emploi méthodique renforcera très utilement le traitement hygiénique et diététique de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital.

Ce sont :

*L'Héliothérapie.*
*La Photothérapie.*
*La Radiothérapie.*

### I. — L'Héliothérapie

L'héliothérapie peut être définie, le traitement des maladies par le soleil.

L'action bienfaisante du soleil sur l'organisme est connue depuis l'antiquité, mais son emploi méthodique au point de vue thérapeutique est de date récente.

C'est vers 1895 que le professeur Poncet, de Lyon,

proposa pour la première fois l'emploi de la cure solaire dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Un médecin suisse, le Dr Rollier, emprunta ensuite la méthode et l'appliqua dans une magnifique installation de montagne à Leysin. Il la fit sienne, et lui donna le nom d'héliothérapie à l'altitude.

Enfin en France des essais de cure solaire furent tentés sur les bords de la Méditerranée par différents médecins, parmi lesquels nous citerons Vidal, Maigat, Revillet, Chiais, Monteuuis... Ces essais couronnés de succès furent le point de départ d'une autre méthode héliothérapique, qui reçut le nom d'héliothérapie marine.

Tout d'abord mise en œuvre pour le traitement des tuberculoses chirurgicales, l'héliothérapie ne fut utilisée que plus tard pour la cure de la péritonite tuberculeuse. Rollier paraît avoir été l'un des premiers à l'essayer dans cette maladie, et dans le rapport d'Hallopeau à l'Académie, il put présenter 16 cas traités avec 13 guérisons obtenues en quelques mois.

Pendant longtemps l'idée prévalut qu'on ne pouvait pratiquer l'héliothérapie qu'à la mer ou à la montagne. Tel était encore l'avis d'Armand Delille en 1912, quand il écrivait : « L'héliothérapie ne peut être pratiquée à Paris, à l'hôpital, sous un ciel toujours chargé de vapeurs, de poussières, de fumées... Il y a lieu de soumettre nos petits malades à cette cure, soit dans les stations marines, soit dans une

station d'altitude spécialement aménagée. » Une telle manière de penser était certainement trop exclusive. L'expérience a en effet démontré que la cure solaire était praticable là où il y avait du soleil. Le soleil est la seule condition indispensable. Et les Allemands, qui ne sont pas à ce point de vue des privilégiés, nous en fournissent une preuve, puisqu'ils n'ont pas hésité à employer largement chez eux la cure héliothérapique, avec des résultats qu'ils déclarent satisfaisants.

D'une façon générale, la technique à mettre en œuvre est des plus simples. On s'efforcera d'imiter à l'hôpital ce qui est pratiqué à la montagne ou à la mer. L'héliothérapie comportera donc le bain de soleil local ou général avec la nécessaire préoccupation d'une accoutumance progressive de l'organisme et d'une graduation très douce de la cure au point de vue de la durée et de l'étendue de l'insolation. Dans les climats peu favorables le bain local sera seul utilisé. Des divergences assez marquées existent d'ailleurs au point de vue de certains détails comme la durée de l'insolation.

Il est indispensable de protéger la tête par une ombrelle ou un chapeau à larges bords.

La température optima varie entre 30 et 40 degrés, mais la cure solaire en application locale peut être tentée avec des températures moins élevées.

L'efficacité de la cure solaire est nettement établie, et l'héliothérapie constitue un moyen thérapeutique très sérieux, qu'il ne faut employer qu'avec pru-

dence. Elle est contre-indiquée chez les cachectiques, chez les sujets aussi qui présentent des manifestations de tuberculose pulmonaire avancée ou de tuberculose aiguë. La fièvre n'est pas un obstacle absolu, mais il est prudent d'attendre qu'elle soit tombée avant de commencer le traitement. On fera bien dans tous les cas de préparer le malade par une période de repos au lit plus ou moins longue suivant les circonstances. On a signalé aussi l'apparition de l'aggravation de certains symptômes dangereux comme la production d'accidents occlusifs.

## II. — La Photothérapie

La photothérapie n'est à vrai dire qu'une médication dérivée de l'héliothérapie.

Elle peut être définie par comparaison avec cette dernière le traitement des maladies par la lumière artificielle.

Cette méthode thérapeutique est née de la préoccupation de certains médecins de suppléer à l'insuffisance ou à l'absence de soleil, qui rendent si souvent la cure héliothérapique impossible. Combien il serait en effet plus facile d'avoir à sa disposition une source de lumière, dont on userait à son gré !

La photothérapie repose sur les expériences et les études de Nogier. Depuis Nogier, il est admis que les rayons rouges et infra-rouges sont essentiellement calorifiques et jouissent d'un pouvoir biotique faible.

« Au contraire, les rayons, qui vont du bleu jusqu'à y compris l'ultra violet déterminent dans les téguments des réactions, suscitent des énergies défensives incomparables, supérieures à celles que donnent les rayons infra rouges » (Vignard).

Le Dr Miramond de la Roquette fut l'un des premiers à utiliser la photothérapie pour le traitement de la péritonite tuberculeuse. La communication qu'il fit à ce sujet au Congrès de Physiothérapie de 1910 représente un important document.

Depuis lors, d'autres auteurs se sont occupés de la question, et nous citerons plus particulièrement M. Vignard de Lyon.

Une discussion s'est même engagée entre M. Miramond de la Roquette et M. Vignard au sujet de la méthode à appliquer.

M. Miramond de la Roquette propose d'utiliser les lampes à incandescence et les lampes à arc, qui donnent un gros pourcentage d'infra-rouges. Or les infra-rouges, on vient de le voir, auraient une action thérapeutique faible. Bien plus les lampes à incandescence présenteraient le gros inconvénient de dégager une forte quantité de chaleur, très pénible pour le malade, qui sort du traitement baigné de sueurs et s'amaigrit très rapidement. Quoi qu'il en soit, M. Miramond de la Roquette a obtenu d'heureux résultats, et il a présenté à l'appui de sa méthode un certain nombre d'observations concluantes.

M. Vignard emploie une lampe en quartz à vapeurs de mercure, qui a l'avantage de fournir une lumière

très peu chaude et par contre très riche en rayons violets et ultra-violets. Ces rayons violets et ultra-violets seraient doués d'un pouvoir biotique intense et par conséquent d'une action curative remarquable. M. Vignard a lui aussi basé ses affirmations sur de nombreux essais. Les observations qu'il a publiées sont très démonstratives. L'avenir permettra sans doute de faire la lumière complète.

Quant à la technique employée, elie est des plus simples. Elle consiste au moyen de lampes et d'un dispositif spécial à irradier le ventre du malade pendant un temps donné progressivement croissant, en commençant par une application d'une demi-heure. Il est prudent au début, pendant les premières séances de recouvrir le ventre d'une feuille de gaze. On préviendra ainsi les ennuis d'une dermite.

Il existe un certain nombre d'appareils, qui ont été proposés pour l'application de la photothérapie. L'un des meilleurs est sans contredit la chenille de Delherme, qui présente le gros avantage de se mouler sur les parties à irradier.

Il n'est pas possible de porter une appréciation définitive sur une méthode, qui est encore à ses débuts, mais il semble dès maintenant que la photothérapie comme procédé de suppléance de la cure solaire soit appelée à rendre de grands services au médecin dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital ! Elle lui permettra de poursuivre sans interruption une cure, qui jusqu'à maintenant était subordonnée aux caprices du soleil.

Chaque fois que la chose sera possible, c'est au soleil qu'on s'adressera ; mais si le soleil vient à manquer, on pourra lui substituer la lumière artificielle !

### III. — La Radiothérapie

Les premiers essais de radiothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse remontent à 1899. Ils ont été tentés par Ausset et Bédard. D'autres auteurs se sont occupés de la question, parmi lesquels nous citerons Buscher, Balsanoff, Rovère et Allaria. De tous les travaux parus, et plus particulièrement de ceux de Rovère et Allaria, se dégage une opinion peu favorable au traitement radiothérapique.

Tout récemment, en 1917 M. Albert Weill a publié dans *Paris Médical* le résultat de ses recherches personnelles. Pour M. Weill les premiers expérimentateurs ont subi des échecs, parce qu'ils employaient des doses insuffisantes de rayons. Il faut au contraire utiliser de fortes doses de rayons X, très pénétrants, qu'on filtrera avec des filtres assez épais pour permettre à ces rayons d'agir dans la profondeur.

Les conclusions de M. Weill sont très encourageantes, car, dit-il, « toutes les fois qu'il n'y avait pas de généralisation pulmonaire ou de cachexie accentuée, j'ai obtenu très rapidement une guérison totale, avec restauration complète de l'état général. »

L'effet thérapeutique des rayons X dans la circonstance s'expliquerait par leur action spécifique sur le tissu lymphoïde. « Le tubercule qui est formé essentiellement de cellules lymphoïdes est détruit bien plus rapidement par les rayons X que les tissus ambiants et se transforme en tissu conjonctif. »

Des recherches ultérieures confirmeront, espérons-le, les heureux résultats obtenus par M. Albert Weill.

## CHAPITRE III

### Résultats obtenus par le traitement héliothérapique à l'hôpital

Nous avons brièvement exposé dans les chapitres précédents les ressources thérapeutiques, auxquelles le médecin peut faire appel, pour le traitement de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital.

Nous avons dit notamment le rôle prépondérant qui revient aux agents de l'hygiène et de la diététique,

Parmi les autres méthodes de traitement successivement proposées dans les dernières années, l'héliothérapie paraît celle, qui a droit à une considération toute particulière, en raison de sa simplicité et des résultats qui l'ont consacrée. Aux yeux même des promoteurs de la photothérapie, elle demeure la méthode de choix, qu'on mettra tout d'abord en œuvre, quand les circonstances atmosphériques le permettront.

Beaucoup de médecins y recourent systématiquement.

L'exemple est venu de Lyon ; qu'on se souvienne des premières expériences de Poncet qui furent pratiquées sur les terrasses de l'Hôtel-Dieu ! Elles furent

faites, il est vrai, pour d'autres manifestations tuberculeuses que la péritonite !

En 1911, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, MM. Cathelin et Gaulier présentèrent les observations de trois cas de péritonite tuberculeuse chez des adultes guéris dans leur service par la cure solaire. MM. Cathelin et Gaulier utilisèrent la méthode du bain de soleil d'abord localisé au ventre, puis progressivement généralisé. Les bains étaient donnés dès que la température au soleil atteignait 30 degrés.

La durée du bain fut pour commencer d'un quart d'heure; on l'augmenta chaque jour de cinq minutes, en surveillant les réactions du malade. En fin de traitement, les malades arrivèrent à subir deux séances d'insolation par jour de quatre heures chacune. Cependant Lyon est une grande ville dont l'atmosphère « est chargée de vapeurs, de poussières, de fumées. » Les beaux jours y sont peu nombreux, et les brouillards très fréquents diminuent souvent l'intensité des rayons lumineux !

Aussi la conclusion de ces auteurs, au sujet de leur succès est-elle des plus significative. Pour eux, « partout où il y a du soleil et où la température atteint 30 degrés, on peut faire utilement de l'héliothérapie. »

Dans une communication postérieure à la même Société médicale des Hôpitaux de Lyon, MM. Weill et Gardère ont fait eux-mêmes part de leurs essais et des résultats obtenus. Leurs conclusions sont sem-

blables à celles de MM. Cathelin et Gaulier. Ils vont même jusqu'à dire que l'héliothérapie « leur avait paru agir plus rapidement sur les lésions inflammatoires aiguës, que sur les lésions torpides à évolution chronique, telles que celles que crée le type ascite essentiel » !

Le Dr Barbier dans son service à l'hôpital Hérold utilise lui aussi l'héliothérapie depuis quelques années. Il en a obtenu les meilleurs résultats et se montre convaincu de la valeur de cette méthode.

M. Barbier fait pratiquer la cure solaire de la façon suivante : les petits malades atteints de péritonite tuberculeuse, dès que leur état le permet et après une période de repos au lit, sont descendus au jardin ou installés sur la terrasse, qui a été aménagée à cet effet dans les nouveaux pavillons de l'hôpital Hérold ! On expose le ventre au soleil un quart d'heure pour commencer, en prenant la précaution d'interposer une feuille de papier entre la peau et les rayons. La durée d'insolation est augmentée très doucement, et ne dépasse jamais une heure par jour pour les tout petits et deux heures pour les grands.

Nous devons à l'obligeance de M. Barbier les observations suivantes que nous sommes heureux de pouvoir publier dans notre thèse.

## OBSERVATION I (Inédite)

(Recueillie dans le service du Dr Barbier.)

G... Louis, âgé de onze mois, entre dans le service de M. Barbier à l'hôpital Hérold le 19 juin 1918. Il est amené parce qu'il tousse.

Le père a été réformé pour tuberculose pulmonaire. La mère est bien portante.

Cet enfant est un atrophique, dont le poids est très au-dessous de la normale. Il pèse 6.490 grammes. Nourri au biberon, il paraît avoir été hyperalimenté (1 litre 1/2 de lait par vingt-quatre heures!) Il présente, d'autre part, des symptômes d'adénopathie trachéo-bronchique et de congestion du sommet droit.

Le foie et la rate sont normaux; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La température à l'entrée est de 38°5.

Le 18 décembre, six mois après l'entrée du petit malade à l'hôpital, on constate que le ventre est devenu gros. Il existe une circulation collatérale très marquée de la paroi abdominale. L'état général est mauvais, avec pâleur cireuse et décoloration des muqueuses. Les signes du sommet droit persistent. Il n'y a pas de troubles digestifs, et l'appétit reste bon.

Les jours suivants, les symptômes se précisent de plus en plus, et permettent de porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

26 février. — L'abdomen est de plus en plus volumineux,

pâteux avec quelques nodules d'induration. Il existe de l'ascite en petite quantité dans les flancs.

La maladie va ainsi en s'aggravant jusqu'au mois d'avril 1919.

9 avril. — On commence la cure d'air et le traitement héliothérapique.

2 mai. — L'ascite a complètement disparu, mais l'abdomen demeure toujours augmenté de volume.

20 mai. — Le ventre paraît moins gros. L'appétit est excellent et l'anémie moins marquée. Il y a toujours persistance des signes de congestion du sommet droit.

Depuis cette date, l'amélioration n'a cessé de progresser, malgré une bronchite intempestive survenue en juin.

3 août. — Le ventre a considérablement diminué de volume. L'état général est excellent. Le poids augmente régulièrement.

7 août. — L'enfant sort en très bonne voie de guérison. Il pèse 7 kgr. 800.

## OBSERVATION II (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. Barbier.)

K... Yvonne, âgée de deux ans et demi, entre à l'hôpital Hérold le 26 avril 1918.

Cette enfant est amenée par sa mère, qui ne peut fournir de renseignements sur le début de la maladie.

A l'examen, on est en présence d'une petite malade très pâle, qui pèse 8 kgr. 900. Elle présente des signes manifestes d'adénopathie trachéo-bronchique et de congestion du som-

met droit (matité, respiration soufflante, augmentation des vibrations, quelques râles secs).

Le ventre est gros. Il existe de l'ascite libre. Le périmètre ombilical est de 49 centimètres.

Les urines diminuées de quantité ne contiennent pas d'albumine.

*Diagnostic.* — Péritonite bacillaire chez un enfant qui présente d'autres manifestations tuberculeuses.

La petite malade est d'abord mise au repos avec un régime approprié. Les symptômes continuent à progresser. L'ascite notamment augmente.

13 mai. — P. O. : 52 centimètres. On trouve à la palpation du ventre dans la fosse iliaque gauche une masse profonde, mal délimitée.

14 mai. — La cure d'air et le traitement héliothérapique sont commencés.

21 mai. — L'ascite a diminué. P. O. : 50 centimètres. Pas de troubles digestifs; les selles sont bonnes. Il y a persistance de la pâleur.

8 juin. — Il ne reste que très peu de liquide dans le péritoine. P. O. : 49 centimètres. Le foie paraît plutôt petit.

20 juin. — On constate très nettement l'existence de ganglions dans la fosse iliaque.

8 juillet. — L'état général est redevenu excellent. L'amélioration est très marquée. Il n'y a plus d'ascite.

20 juillet. — L'amélioration persiste et s'accentue de plus en plus.

Depuis cette date, la petite malade a évolué normalement vers la guérison, qui paraît complète à sa sortie le 28 novembre 1918. Elle pèse 10 kgr. 500. Elle a gagné près de 2 kilos pendant son séjour à l'hôpital.

Cette enfant est revenue au mois d'avril 1919 dans le service pour une rougeole ; il a été possible de constater la persistance de la guérison absolue, sans trace aucune de la péritonite antérieure.

(OBSERVATION III (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. Barbier.)

C... Marie, âgée de sept ans, entre dans le service de M. Barbier à l'hôpital Hérold, parce que depuis huit jours son ventre augmente de volume.

A l'asile Koffe où elle est en pension, on a d'ailleurs remarqué que depuis trois semaines elle n'a plus d'appétit, qu'elle se plaint fréquemment de courbature et de lassitude, et que depuis cette date elle ne joue plus avec ses petites camarades.

A l'examen, on se trouve en présence d'une fillette pâle, amaigrie, au-dessous de son poids, dont le ventre est ballonné, tendu, avec une circulation veineuse collatérale susombilicale très marquée. La percussion révèle du tympanisme et l'existence d'une certaine quantité de liquide ascitique. Le périmètre ombilical est de 65 centimètres. La palpation de la fosse iliaque gauche montre l'existence d'un plastron fibro-caséeux bien limité vers le bord externe de la fosse iliaque.

La gorge est rouge.

L'examen du poumon donne les résultats suivants :

A droite : matité du sommet droit et bronchite localisée.

A gauche : Submatité du sommet gauche, plus particulièrement dans la fosse sus-épineuse. Souffle respiratoire.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le pouls est à 105. La malade a un peu de fièvre. Son poids est de 17 kgr. 500.

*Diagnostic.* — Péritonite tuberculeuse ascitique avec gâteaux péritonéaux chez une fillette, qui présente des manifestations de tuberculose pulmonaire.

13 février. — La fièvre est tombée. Cure d'air.

20 février. — Les symptômes pulmonaires se sont améliorés. Les râles de bronchite ont notamment disparu. P. O. : 65 centimètres. Il n'y a pas de symptômes fonctionnels du côté du ventre. Les nuits sont bonnes et l'appétit est suffisant.

20 mars. — L'épanchement ascitique a diminué. P. O. : 63 centimètres.

8 avril. — La cure solaire est prescrite (1/4 d'heure matin et soir).

15 avril. — L'enfant toujours pâle présente encore un ventre ballonné, tendu, avec épanchement, qui diminue cependant progressivement. P. O. : 60 centimètres.

A la palpation, on perçoit des gâteaux péritonéaux. Pas de fièvre ni de troubles digestifs, appétit excellent.

Les signes pulmonaires sont en voie d'amélioration. Le foie déborde de deux travers de doigt.

30 avril. — L'ascite diminue ; le ventre est moins ballonné, Les gâteaux péritonéaux sont moins durs et moins volumineux.

Etat général satisfaisant.

10 mai. — Le périmètre ombilical reste le même, mais le ventre de l'enfant paraît plus souple. La masse péritonéale de la fosse iliaque gauche semble diminuer de volume surtout dans sa partie supérieure.

10 juin. — L'enfant augmente de poids ; elle a un excellent

appétit et ne présente de phénomènes abdominaux d'aucune sorte. Elle continue à subir son traitement héliothérapique d'une durée de un quart d'heure le matin et un quart d'heure le soir.

27 juin. — Très bon état général.

7 juillet. — La petite malade sort de l'hôpital en voie de guérison. Son poids est de 19 kgr. 500 au lieu de 17 kgr. 500 à l'entrée.

M. le professeur Hutinel, dans son service aux Enfants-Malades, ne manque jamais de recourir à l'héliothérapie pour le traitement de la péritonite tuberculeuse, quand le soleil le lui permet.

Ses premiers essais remontent à de nombreuses années.

Il n'a fait dans la circonstance qu'étendre à cette maladie les bienfaits d'une méthode qu'il connaît et pratique depuis fort longtemps dans un certain nombre de cas et plus particulièrement pour le traitement des suppurations et des gommes tuberculeuses chez le nourrisson.

L'an dernier, pendant notre stage dans le service, nous avons eu l'occasion de voir un certain nombre de petits malades atteints de péritonite tuberculeuse. Nous avons vu pratiquer la cure solaire chez ces malades, et il nous a été possible d'en constater les heureux effets.

La méthode employée par M. le professeur Hutinel est des plus simples.

Les jours de soleil, on approche le lit du petit

malade de la fenêtre ; le ventre, pour commencer, est découvert et exposé aux rayons lumineux pendant un quart d'heure ; puis le lendemain, si le soleil le permet, on renouvelle l'application, en prolongeant la séance de dix minutes, et ainsi de suite progressivement, jusqu'à la réalisation d'insolation de longue durée, de la plus longue durée possible.

Lorsque l'accoutumance est faite, et si le temps le permet, l'enfant est descendu dans la cour de l'hôpital où, sous la surveillance d'une infirmière, il subit son bain de soleil !

Toutes les précautions utiles sont prises pour que le petit malade n'ait pas froid ; la tête est protégée contre l'insolation par une tente improvisée ou un chapeau à larges bords. On recouvre toujours le ventre d'une feuille de gaze pendant les premières séances.

M. le professeur Hutinel s'abstient du traitement héliothérapique chez les sujets qui présentent des lésions avancées de tuberculose pulmonaire, ou encore des signes de cachexie trop marqués. Il attend toujours, avant de commencer la cure, que la température soit tombée sous l'action du repos au lit.

Nous ne pouvons pas dire malheureusement que nous avons vu des guérisons absolues. Chacun sait combien peu goûtés des malades sont les traitements de longue haleine, et les familles en général, quand il s'agit de leurs enfants, n'admettent pas facilement une séparation prolongée. Aussi la plupart des petits malades que nous avons suivis sortaient-ils

prématurément de l'hôpital, bien avant que la guérison complète ne puisse être obtenue.

Nous avons pu, du moins, enregistrer de grandes améliorations, comme le prouvent les observations suivantes :

### OBSERVATION I (Iinédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Hutinel)

B... Simonne, âgée de cinq ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 15 avril 1919 pour des douleurs de ventre.

Le père bien portant a été réformé pour faits de guerre. La mère âgée de vingt-six ans jouit d'une bonne santé. Il n'y a pas d'autre enfant dans la famille.

Cette fillette est née à terme ; l'accouchement a été normal. Elle a été élevée au biberon jusqu'à deux ans. Elle a fait sa première dent à six mois et ses premiers pas à quatorze mois.

Comme maladies antérieures, on note une rougeole et une varicelle, qui remontent, la rougeole à quatre mois, la varicelle à deux mois.

Depuis un mois l'enfant se plaint du ventre, qui a d'ailleurs augmenté de volume.

Il y a quinze jours, des douleurs abdominales violentes sont apparues. Sous l'action d'un traitement approprié les douleurs ont disparu. Elles sont revenues de nouveau depuis quelques jours.

A l'examen pratiqué le 16 avril, on se trouve en présence

d'une enfant maigre, avec peau sèche. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive.

Le ventre est tendu, pâteux.

Il existe des ganglions aux aines, dans l'aisselle et au cou.

L'auscultation ne révèle rien de précis du côté des poumons ; on note seulement une respiration un peu rude des deux côtés.

La température le soir de l'entrée, était de 38 degrés.

Poids : 14 kgr. 200.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

*Diagnostic.* — Péritonite tuberculeuse chronique.

*Traitement.* — Repos au lit. Pommade mercurielle belladonée sur le ventre. Enveloppement ouaté.

22 avril. — La fièvre est tombée. Les douleurs abdominales sont moindres. Le ventre est toujours tendu et pâteux.

25 avril. — Le traitement héliothérapique est prescrit.

30 avril. — L'enfant a présenté une légère élévation de température (38°5) qui paraît causée par les premières applications de soleil.

Le poids est de 13 kgr. 600.

Pas de troubles fonctionnels du côté du ventre.

Les douleurs ont notamment disparu.

10 mai. — L'état général s'améliore. L'abdomen paraît moins tendu.

25 mai. — Amélioration de plus en plus prononcée.

Le poids augmente = 14 kgr. 500.

15 juin. — L'enfant quitte le service. Elle pèse 15 k. 800. Les douleurs ne se sont pas reproduites. Le ventre est plus

souple, bien qu'on ait encore la sensation d'empâtement du début. Il est dans tous les cas diminué de volume.

En résumé amélioration marquée.

### OBSERVATION II (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Hutinel)

M... Julienne, âgée de quatorze ans et demi, entre dans le service de M. le professeur Hutinel, aux Enfants-Malades, le 16 juin 1919, pour de violentes douleurs abdominales.

La mère est bien portante ; elle a eu quatre enfants, dont la petite malade et trois autres qui jouissent d'une bonne santé. Le père est mort de pneumonie.

Cette enfant, née à terme, a été élevée au sein. Comme maladies antérieures, elle a fait une rougeole dans le jeune âge et une scarlatine vers huit ans. Aucune autre affection à signaler.

Quand la guerre est survenue, Julienne A... était à Lille, où elle est restée pendant quatre ans soumise à de dures privations.

Pendant son séjour dans cette ville, au début de décembre 1918, elle fut prise de douleurs abdominales, péri-ombilicales, avec ballonnement du ventre, vomissements et fièvre légère. Le médecin appelé déclara qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse et la fit entrer à l'hôpital, où elle resta trois mois et où elle fut soignée par des applications de glace sur le ventre.

Sous l'action de ce traitement, une amélioration se produisit. Rentrée chez elle, elle continua à se traiter en suivant un régime composé de féculents et de viande-crue.

De temps en temps des douleurs de ventre survenaient

encore, ainsi qu'une sensation de pesanteur après la fatigue.

Le lundi 9 juin, la malade a été prise à nouveau de douleurs abdominales violentes, siégeant dans les fosses iliaques, et s'accompagnant de ballonnement, sans modifications des selles.

Sur les conseils de son médecin, elle est entrée à l'hopital.

A l'examen pratiqué le 17 juin, on note l'aspect malingre et chétif de la malade.

L'abdomen est ballonné, sonore partout, sauf dans le bas-ventre.

Au palper, on a la sensation d'anses agglutinées dans la profondeur. Dans le bas-ventre, et au-dessus du pubis, on trouve une masse étendue, mate, mollasse et irrégulière, qui est d'ailleurs perceptible du toucher rectal.

Il n'existe pas de signes pulmonaires. Le cœur est normal.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Température à l'entrée : 38°5.

Poids : 39 kgr. 400.

*Diagnostic.* — Bacillose péritonéale péri-annexielle.

22 juin. — Etat stationnaire. Les douleurs s'atténuent. Oscillations thermiques depuis l'entrée.

30 juin. — La fièvre paraît définitivement tombée sous l'action du repos au lit. La masse abdominale semble s'étendre dans le bassin. Les douleurs reviennent de temps en temps, mais de moins en moins vives. La malade se plaint surtout de pesanteur. L'appétit se réveille, et l'état général est meilleur.

On prescrit le traitement héliothérapique.

10 juillet. — Amélioration ; ventre légèrement moins ballonné et plus souple. Encore quelques douleurs abdominales.

30 juillet. — Etat général excellent. La masse abdominale sus-pubienne paraît avoir diminué. L'appétit est bon ; les digestions se font normalement.

10 septembre. — Grosse amélioration des symptômes locaux. On est frappé de la diminution de volume de l'abdomen.

25 septembre. — La malade demande à sortir. A l'examen pratiqué par M. le professeur agrégé Nobécourt, on note que le ventre est souple. La masse sus-pubienne existe encore, mais elle est beaucoup moins étendue. On trouve une résistance légère dans la fosse iliaque droite ; le cæcum est rempli de matières.

La malade présente un bon aspect et semble en voie de guérison.

## OBSERVATION III (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Hutinel)

M... Germaine, âgée de quatorze ans, entre à l'hôpital le 15 juin 1919, pour un gros ventre et des douleurs abdominales.

Le père est mort de paralysie. La mère est bien portante ; elle a eu cinq enfants dont trois seulement sont vivants. Les deux autres sont morts d'une maladie indéterminée.

Cette fillette est née à terme ; elle a été élevée au sein. Elle a fait sa première dent à six mois et ses premiers pas à un an.

A six ans, elle aurait gardé le lit un mois, pour une maladie dont il n'est pas possible de connaître la nature. L'an dernier, elle a été soignée dans le service pour une pleurésie droite, dont elle a paru bien se remettre au point d'avoir pu travailler comme souffleuse de verre pendant les huit derniers mois.

Depuis quinze jours environ, cette enfant a remarqué que son ventre augmentait de volume. De plus elle a éprouvé de vagues douleurs péri-ombilicales et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Les selles d'abord régulières et normales sont devenues légèrement diarrhéiques depuis une semaine, accompagnées de coliques.

La malade maigrit et fait de la fièvre surtout le soir ; elle est très fatiguée.

L'appétit a disparu.

Les règles ne sont pas encore établies.

A l'examen pratiqué par M. le professeur Hutinel le 26 juin 1919, on se trouve en présence d'une enfant assez amaigrie, dont le ventre est gros et ballonné. Il existe de l'ascite ; cette ascite est libre.

Le foie n'est pas gros.

Les jujulaires sont un peu saillantes, surtout à gauche.

L'auscultation révèle une respiration un peu affaiblie aux deux bases. A gauche, il y a quelques frottements.

Température à l'entrée : 38°5.

Pas d'albumine dans les urines.

*Diagnostic.* — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

4 juillet. — La fièvre persiste. Une ponction de la plèvre gauche pratiquée donne un peu de liquide rosâtre.

16 juillet. — Etat stationnaire La température est revenue à la normale.

20 juillet. — Le traitement héliotérapique est appliqué.

13 août. — Le ventre demeure très gros. La matité remonte au-dessus de l'ombilic. La fosse iliaque droite est sonore. Le liquide est immobile.

3 septembre. — L'abdomen est encore tendu et météorisé, mais certainement moins volumineux. Etat général meilleur.

10 septembre. — Le liquide se résorbe, et l'amélioration progresse. On sent de l'empâtement dans la fosse iliaque droite.

La malade sort sur sa demande.

Son poids n'a cessé d'augmenter depuis le 20 juillet. Elle pèse à sa sortie 43 kilogrammes.

La notion, qui se dégage des observations que nous venons de présenter, c'est l'amélioration rapide qui se produit sous l'action du traitement héliothérapique. D'une façon générale, on peut dire que les troubles digestifs s'atténuent et disparaissent, et que l'appétit se réveille. Localement, le ventre devient plus souple, diminue de volume.

Dans les formes fibro-caséeuses les gâteaux se résolvent. Les résultats sont cependant moins heureux que dans les formes ascitiques essentielles.

Dans celles-ci, de nombreux auteurs déclarent que la guérison absolue est de règle. M. le professeur Hutinel se montre moins affirmatif. Ses observations personnelles lui ont montré que le liquide péritonéal, s'il devient stérile sous l'action de la cure solaire, ne disparaîtrait pas complètement chez tous les malades.

Le traitement héliothérapique constitue dans tous les cas une ressource de premier ordre pour le médecin, qui fera bien d'y recourir, quand le soleil le lui permettra.

## CONCLUSIONS

1° A l'heure actuelle, l'accord paraît unanime. Le traitement de la péritonite tuberculeuse doit être médical. Les discussions de ces dernières années ont abouti au rejet de l'intervention chirurgicale. La chirurgie conserve seulement ses droits dans quelques cas précis, comme les accidents d'occlusion ou les formes localisées avec collection enkystée ;

2° La cure marine et l'héliothérapie à la montagne ou à la mer réprésentent les moyens de guérison les plus efficaces, que nous ayons à notre disposition. On devra toujours y recourir, quand la chose sera possible ;

3° Le traitement de la péritonite tuberculeuse à l'hôpital constitue une méthode d'exception, à laquelle on ne devra se résigner que devant l'impossibilité d'envoyer les malades à la montagne ou à la mer ;

4° A l'hôpital, c'est au traitement hygiénique et diététique (repos, — cure d'air, — alimentation), — qu'on s'adressa tout d'abord. Il joue le principal rôle, en favorisant la mise en jeu du processus de

défense, et à ce titre doit servir de base aux autres méthodes thérapeutiques utilisées, telles que l'héliothérapie, — la photothérapie, — et la radiothérapie ;

5° De ces méthodes thérapeutiques, l'héliothérapie paraît la plus importante. Elle a fait ses preuves. Les résultats qu'elle donne sont encourageants. De plus, elle est simple et sans danger, si on l'applique avec prudence.

La seule restriction à faire concerne le soleil, qui fait trop souvent défaut, et en limite malheureusement l'emploi ;

6° C'est pour cette raison que la photothérapie et la radiothérapie nous paraissent susceptibles d'être employées comme procédé de suppléance de la cure solaire.

Si leur efficacité n'est pas encore démontrée d'une façon absolue, elles peuvent du moins rendre des services, en permettant de poursuivre une action thérapeutique, qui serait sans elles discontinue et et restreinte.

Vu : le président de la thèse :
HUTINEL

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


*Grisolle.* — Pathologie. Péritonite tuberculeuse.

*Comby.* — Tuberculose péritonéale à forme ascitique. Guérison spontanée (Arch. de médec. des Enfants, 1899, p. 726).

— Traitement de la péritonite tuberculeuse (Gazette des maladies infantiles, 1902, n° 53).

*Lalesque.* — Les effets de la cure marine (Gazette des eaux, 1903).

*Robin et Binet.* — Le climat marin (Gazette des eaux, 1903).

*D'Œlstnitz.* — Les indications de l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse (Bulletin de la Soc. de Péd. Paris, 1912).

*Bourdette.* — Péritonite tuberculeuse chronique chez l'enfant. Traitement médical. Thèse de Paris, 1910.

*Martin (A).* — Péritonite tuberculeuse chez l'enfant. Traitement. Cure marine. Thèse de Paris, 1903.

*Piguet.* — Le soleil dans la tuberculose chirurgicale. Thèse de Paris, 1916.

*Pontoizeau.* — Contribution à l'étude de quelques agents du traitement médical de la péritonite tuberculeuse. Héliothérapie, Photothérapie, radiothérapie. Thèse de Lyon, 1913.

*Cathelin et Gaulier.* — Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse (Bull. de la Soc. médic. des Hôpitaux de Lyon, 1910, p. 617).

*Weill et Gardère.* — Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie. Résultats (Bulletin de la Soc. médic. des Hôp. de Lyon, 1911 p. 680).

*Weil (A).* — Traitement de la péritonite tuberculeuse par les rayons X (Paris médical, 1917, p. 292).

*Dupré et Ribière.* — Maladies du péritoine. Paris 1909, p. 324.

*Allaria et Rovère.* — Nouvelles recherches cliniques et hématologiques sur la péritonite tuberculeuse traitée par les rayons X (Arch. de méd. des enfants, Paris 1909).

*Hallopeau et Rollier.* — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1908.

*Artaud de Vevey.* — Héliothérapie et photothérapie (Bul. génér. de thérapeut.. 1916-1918).

*Miramond de la Roquette.* — A propos de l'héliothérapie artificielle (Revue intern. de méd. et de chir. Paris, 1913).

*Vignard.* — A propos de l'héliothérapie artificielle (Bulletin génér. de thérapeutique. Paris, 1914).

Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4453-20